# 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者 | 記号・番号 | 記号 | ○ | ○ | ○ | 番号 | △ | △ | △ | △ | | |
| | | 氏名 | 健 保 太 郎 | | | | | | | | 事業所名 | ○○○株式会社 | |
| | | 住所 | ○○○○○○1－1 | | | | | | | | | | |
| | 出産した人について | 出産した人の氏名 | 健 保 花 子 | | | | | | | | 出産した人の生年月日 | 昭和・(平成) ○ 年 ○ 月 ○ 日 | |
| | | 出産した日 | 令和 ○○年 ○○月 ○○日 | | | | | | | | 出産数 | 単胎・(多胎)（ 2 人） | |
| | | 新生児氏名 | 健保 華　　健保 大 | | | | | | | | | | |
| | | 出産した医療機関等 | 名称 | ○○○産婦人科医院 | | | | | | | | | |
| | | | 所在地 | ○○県○○市○○町3 | | | | | | | | TEL ○○-○○○-○○○○ | |
| | | ※ 被保険者が出産の場合 → 資格喪失後6カ月以内の出産ですか？<br>※ 被扶養者が出産の場合 → 扶養認定日以後6カ月以内の出産ですか？ | | | | | | | | | | (はい)・いいえ　はいの場合下欄に記入 | |
| | | ◎被保険者が資格喪失後6ヵ月以内に出産の場合は、現在加入している保険者(健保)について<br>◎被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産の場合は、扶養認定前に加入していた保険者(健保)について | | 保険者名 | ○△□健康保険組合 | | | | | | | | |
| | | | | 記号 | ○○ | | | 番号 | △□○○ | | | | |
| | | | | 住所 | ○○県○○市○○町 | | | | | | | TEL ○○○○○ | |

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。
※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 健 保 太 郎

受付日付印

※ 妊娠85日（4ヵ月）以上の出産であれば、死産、早産、流産の別を問わず支給の対象になります。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄 | 出産年月日 | 令和　年　月　日 | 生産・死産の別 | 生産 ・ 死産 | 妊娠第　月、又は第　週 | |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 （　児） | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証する。<br>令和　年　月　日<br>医療施設の名称所在地<br>医師・助産師名<br>市区町村長名 | | | | | |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

| 備考欄 | |
|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支給支払決議 | 支給額 | 円 | 伺年月日 | | 常務理事 | 事務長 | | 係 |
| | | | 支給年月日 | | | | | |
| | 出産日 | 年　月　日 | 被保険者 | 被扶養者 | | | | |